# OUDERENMISHANDELING IN HET VERPLEEGHUIS

## Ervaringen, kennis en behoeften van verpleeghuisartsen

Resultaten van literatuuronderzoek en inventariserend empirisch onderzoek onder verpleeghuisartsen

Mw drs. E.A.M. Bardelmeijer

Vervolgopleiding tot Verpleeghuisarts, Nijmegen, groep 2004B
Vivre locatie De Zeven Bronnen, Maastricht

Scriptiebegeleider VOVA: H. Bor
Scriptiebegeleiders: prof. dr. J.M.G.A. Schols (Vivre), prof. dr. G.A.M. Widdershoven (Universiteit Maastricht)
Verpleeghuisarts-opleider: mw drs. R. Arends

# SAMENVATTING

Deze scriptie bestaat uit twee delen.
Deel 1 beschrijft wat er over ouderenmishandeling in de thuissituatie en het verpleeghuis bekend is, gebaseerd op de literatuur. Aan de orde komen definities, epidemiologie, kenmerken van slachtoffers en daders, signalering, aanpak en wettelijk kader.
Deel 2 geeft de resultaten van een inventariserende enquête onder Nederlandse verpleeghuisartsen, over hun ervaringen met ouderenmishandeling in het verpleeghuis. Het responspercentage was 36,3 (n=484). Van deze respondenten was 42,8% (n=203) in de voorgaande 2 jaar in aanraking gekomen met ouderenmishandeling. In 55,4% van de meldingen door respondenten ging het om lichamelijke, en in 43,1% om psychische/verbale mishandeling. 64,2% vond plaats op de psychogeriatrische afdeling. De daders waren in 62,7% van de meldingen het verzorgend personeel, in 30,9% familie/bezoek en in 19,1% medebewoners. Redenen voor ouderenmishandeling waren in 52,2% persoonlijke problematiek van de dader, in 38,4% overbelasting van verzorgend personeel of familie en in 31,0% onkunde/onwetendheid.
Tevens werd de kennis van verpleeghuisartsen over signalen van ouderenmishandeling onderzocht. De meest specifieke signalen waren bij minder dan de helft van de respondenten bekend.
Tenslotte bleek dat 4,1% van de respondenten beschikte over een protocol of richtlijn over ouderenmishandeling. Behoefte aan protocollering had 52,7%, 42,1% wees op de noodzaak tot scholing van de verzorgenden en 31,8% had zelf behoefte aan scholing.

# INHOUDSOPGAVE

# ALGEMENE INLEIDING

Op zoek naar een uitdagend onderwerp voor mijn scriptie ter voltooiing van mijn opleiding tot verpleeghuisarts, werd mij ouderenmishandeling in het verpleeghuis als het ware in de schoot geworpen. Naar aanleiding van de melding van een voorval door een collega zocht ik op internet naar wat er over ouderenmishandeling in het algemeen, en over ouderenmishandeling in het verpleeghuis in het bijzonder bekend was. Dat bleek verbazingwekkend weinig te zijn, vooral waar het de situatie in Nederland betrof.
Daarmee was het idee geboren om onderzoek te doen naar de frequentie, aard, slachtoffers en de uitvoerders (“daders”) van ouderenmishandeling in Nederlandse verpleeghuizen. Echter, om het onderzoek qua tijd en omvang uitvoerbaar te maken binnen de duur van de opleiding, moest ik kiezen voor een pragmatische onderzoeksopzet. Voor de hand liggend was toen de keuze om te starten met een onderzoek bij de eigen beroepsgroep: de verpleeghuisartsen.

**Probleemstelling**
Uitgangspunt van dit onderzoek is dat er op dit moment onvoldoende kennis bestaat over de mate waarin verpleeghuisartsen in Nederland in hun werk te maken krijgen met ouderenmishandeling. Daarnaast is ook niet duidelijk wat verpleeghuisartsen weten van het signaleren en aanpakken van ouderenmishandeling, en of er behoefte bestaat aan protocollering en scholing op dit gebied.

Dit leidt tot de volgende drie centrale vragen:
1. hoe vaak worden verpleeghuisartsen, werkzaam in Nederlandse verpleeghuizen, geconfronteerd met ouderenmishandeling?
2. wat weten verpleeghuisartsen over de signalering en aanpak van ouderenmishandeling in het verpleeghuis?
3. hebben verpleeghuisartsen behoefte aan protocollering en/of scholing op dit gebied?

**Doelstelling**
Door middel van dit onderzoek heb ik gepoogd in kaart te brengen hoe vaak Nederlandse verpleeghuisartsen in aanraking komen met ouderenmishandeling binnen de instelling waar zij werkzaam zijn. Verder ben ik nagegaan in hoeverre verpleeghuisartsen weten hoe ouderenmishandeling gesignaleerd, onderzocht en aangepakt kan worden. Tenslotte heb ik geïnventariseerd of er op dit gebied protocollen aanwezig zijn in verpleeghuizen en, als dit niet het geval is, of verpleeghuisartsen behoefte aan een dergelijk protocol dan wel scholing hebben. Met dit onderzoek heb ik een basis gerealiseerd voor uitgebreider onderzoek in de toekomst. Dit aanvullende onderzoek moet volgen ná afronding van de opleiding.

Het ultieme doel van dit onderzoek is uiteraard het zo veel mogelijk voorkómen van ouderenmishandeling in verpleeghuizen. Dit is mijns inziens te bereiken door:
-verpleeghuisartsen bewust te maken van de frequentie en vormen van ouderenmishandeling.
-te zorgen dat verpleeghuisartsen situaties herkennen waarin ouderenmishandeling in het verpleeghuis optreedt of zou kunnen optreden. Hiertoe behoort ook kennis over slachtoffers en daders van ouderenmishandeling.
-te zorgen dat verpleeghuisartsen weten hoe te handelen als zij in het verpleeghuis met ouderenmishandeling te maken krijgen of willen voorkomen dat ouderenmishandeling zal optreden.

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 geeft een overzicht van de door mij verrichte literatuurstudie. In hoofdstuk 2 staan de resultaten van een empirisch onderzoek onder verpleeghuisartsen beschreven. Als bijlage is de in het onderzoek gebruikte enquête toegevoegd.

# I

# OUDERENMISHANDELING IN DE LITERATUUR

## Weergave van een oriënterend literatuuronderzoek

### INLEIDING EN METHODE

Voorafgaande aan het opstellen van vragen voor de schriftelijke enquête voor verpleeghuisartsen (zie de algemene inleiding en deel II van deze scriptie), was het noodzakelijk om me te oriënteren in de literatuur die op het gebied van ouderenmishandeling gepubliceerd is. Ik wilde daarmee de volgende vragen beantwoorden:
-wat is er wereldwijd en in Nederland bekend over ouderenmishandeling in het algemeen en binnen instellingen in het bijzonder (prevalentie, ernst, soorten, waar, onder welke omstandigheden)?
-wat zijn de signalen van ouderenmishandeling?
-hoe is ouderenmishandeling aan te pakken?
-is preventie van ouderenmishandeling mogelijk?

Over ouderenmishandeling is nog maar weinig gepubliceerd. Dit geldt in nog sterkere mate voor ouderenmishandeling in verpleeghuizen. Hieronder volgt een samenvatting van mijn bevindingen in de schaarse literatuur.

Voor het verzamelen van relevante artikelen werd in PubMed gezocht met de termen “elder”, “elderly”, “abuse”, “mistreatment”, “nursing homes”, “nursing home physician”, “dutch” en “netherlands”, in verschillende combinaties. Dit leverde een lijst met 18 bruikbare artikelen op. Er werd geselecteerd op taal (Engels- en Nederlandstalige artikelen), maar niet op publicatiedatum, omdat er anders te weinig artikelen overbleven. Uit de literatuurverwijzingen van gelezen stukken werden nog 5 nieuwe artikelen gekozen. Ook in de zoekmachine UptoDate werd een stuk over ouderenmishandeling (“elder abuse”) gevonden. Daarnaast werd in verschillende Engels- en Nederlandstalige standaardwerken omtrent geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde gezocht naar informatie over ouderenmishandeling.
Tenslotte maakte ik gebruik van het proefschrift “Elder Mistreatment” van mevrouw H. Comijs (promotie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, 1998) en de informatiemap van de werkgroep Ouderenmishandeling Zuidelijk Zuid-Limburg. In de scriptieperiode bezocht ik ook de cursus Systematisch signaleren van Ouderenmishandeling (Eindhoven, maart 2005).

## RESULTATEN

In de resultatensectie komen achtereenvolgens aan de orde: definities, epidemiologie, kenmerken van slachtoffers en daders, signalen van ouderenmishandeling, aanpak en het wettelijke kader.

### Definities

De algemene definitie van ouderenmishandeling luidt: " Alle handelingen of juist het ontbreken hiervan, gericht tegen personen ouder dan 65 jaar, door degenen die een persoonlijke of professionele verhouding hebben met de oudere persoon, leidend tot lichamelijke, psychische en/of materiele schade" (Comijs 1998). De definitie geeft ook aan dat het nalaten van handelingen, zoals het geval is bij verwaarlozing, onder mishandeling valt.

Er zijn verschillende vormen van ouderenmishandeling te onderscheiden, te weten lichamelijke mishandeling, psychische of verbale mishandeling, materiele uitbuiting en verwaarlozing. Hierbinnen zijn nog onderverdelingen te maken, maar de genoemde vormen zijn het meest omvattend.

Onder **lichamelijke mishandeling** wordt verstaan: handelingen met de bedoeling lichamelijke pijn of verwonding te veroorzaken. Hieronder vallen slaan, knijpen, schoppen, hardhandig beetpakken, maar ook excessief gebruik van beperkende middelen en maatregelen en seksueel misbruik (Lachs en Pillemer 1995, Pillemer en Moore 1989, Lynch 1997).

**Psychische of verbale mishandeling** is gedefinieerd als: handelingen met de bedoeling geestelijke pijn te veroorzaken. Te denken valt aan uitschelden, beledigen, dreigen, onterecht isoleren en het ontzeggen van verzorging of privileges.

Voor **uitbuiting** geldt: misbruik van financiële of materiele middelen, zoals diefstal, verandering van testament en bemoeienis met geldzaken (Lachs en Pillemer 1995).

**Verwaarlozing (neglect)** houdt in: het onthouden van lichamelijke of psychische zorg of voeding (Comijs 2000); het bewust niet tegemoet komen aan de zorgvraag van een verpleeghuisbewoner (Pillemer 1988).

In vrijwel elk onderzoeksartikel komt de definiëring van de verschillende vormen van ouderenmishandeling ter sprake. Hoewel van artikel tot artikel andere definities gehanteerd worden, komen zij toch voor het grootste deel met elkaar overeen. De definities gelden zowel voor thuiswonende ouderen als voor ouderen in instellingen.

**Epidemiologie**
Voor thuiswonende ouderen, dat wil zeggen personen ouder dan 65 jaar, geven de Amerikaanse artikelen een geschatte incidentie van 1 tot 2 miljoen mishandelde ouderen per jaar. Verschillende auteurs noemen prevalentiecijfers: 3,2% (Pillemer en Finkelhor 1988) en 3 tot 6% (Lachs et al 1997) bij thuiswonende ouderen. Kleinschmidt schat dat de prevalentie van ouderenmishandeling weinig verschilt van die van kindermishandeling (Kleinschmidt 1997). Lichamelijke mishandeling zou in de thuissituatie bij 2,2% voorkomen, psychische/verbale mishandeling bij 1,1% en verwaarlozing bij 0,4% (Lachs en Pillemer 1995).
Onderzoek onder Nederlandse thuiswonende, niet dementerende ouderen geeft eenjaarsprevalenties van 1,2% voor lichamelijke mishandeling, 3,2% voor psychische/verbale mishandeling, 1,4% voor uitbuiting en 0,2% voor verwaarlozing (Comijs et al 1998). Demente ouderen die thuis verblijven krijgen nog vaker met deze problematiek te maken: 10,7% zou slachtoffer zijn van lichamelijke, en 30,2% van psychische/verbale agressie (Pot et al 1996).
De verschillen in getallen zijn onder andere het gevolg van verschillen in de definitie van ouderenmishandeling en verschillen tussen onderzoekspopulaties.

Voor verpleeghuizen gelden andere cijfers. Een onderzoek van Pillemer en Moore uit 1989 laat zien dat alle verschillende vormen van ouderenmishandeling ook in Amerikaanse verpleeghuizen frequent voorkwamen. Van een at random gekozen groep, bestaande uit 577 verzorgenden en helpenden, werkzaam in 31 verschillende verpleeghuizen, observeerde 36% lichamelijke mishandeling en 81% psychische/verbale mishandeling. Het zelf uitvoeren van lichamelijke mishandeling werd door 10% van het verzorgende personeel gerapporteerd! Hierbij ging het vooral om buitensporig gebruik van vrijheidsbeperkende middelen (zweedse band, polsbanden), duwen/vastgrijpen en een klap geven. Verder bleek dat 40% van de betreffende onderzoeksgroep verpleeghuisbewoners wel eens psychisch/verbaal mishandelde. Het betrof vooral boos toeschreeuwen, uitschelden of beledigen van een bewoner, het zonder reden isoleren en (dreigen met) ontzegging van voeding of privileges. Andere onderzoeken over het voorkomen van deze problematiek in verpleeghuizen –in Nederland en daar buiten- zijn nauwelijks bekend.

**Kenmerken van slachtoffers en daders**
Het typische slachtoffer en/of de typische dader van ouderenmishandeling bestaan niet. Er zijn echter wel enkele slachtoffer- en daderkenmerken te noemen.

*Slachtoffers*
Voor thuiswonende ouderen is de leeftijd een belangrijke risicofactor voor mishandeling. De oudste groep loopt, zo blijkt uit Amerikaans en Brits onderzoek, het grootste risico. De gemiddelde leeftijd wordt geschat op 84 jaar (Pillemer en

Finkelhor 1988). Ook uit ander onderzoek blijkt dat 58% ouder is dan 80 jaar (Vernon en Bennet 1996). Kijkend naar de leeftijdsverdeling van thuiswonende mishandelde ouderen in Nederland, dan blijkt de prevalentie echter af te nemen naarmate de leeftijd stijgt: van 6,3% in de groep van 69-73 jarigen naar 4,4% bij de groep vanaf 84 jaar (Comijs et al 1998). Vrouwen zijn vaker slachtoffer, zeker als zij weduwe zijn. Sociale isolatie speelt ook een rol (Comijs 2000). Chronisch progressieve ziekten, met een toenemende afhankelijkheid van verzorgers, vormen eveneens een risicofactor (Burgess et al 2000). In de literatuur worden onder anderen de volgende aandoeningen genoemd: dementie, parkinsonisme, hartfalen en recidiverende herseninfarcten. Voor al dan niet uit deze ziekten voortkomende gedragsproblemen en agressief gedrag geldt hetzelfde (Pillemer en Bachman-Prehn 1991).
Ouderen in het verpleeghuis hebben een grotere kans mishandeld te worden als zij een verminderde cognitie hebben, zwerfgedrag vertonen, grove taal bezigen of onaangepast gedrag vertonen (Shinoda-Tagawa et al 2004). Afhankelijkheid van anderen alleen, zonder bijkomende gedragsproblematiek, leidde in het onderzoek van Shinoda-Tagawa en collegae juist tot een significante afname van het risico op mishandeling.

*Daders*
Een algemeen geldend inzicht in de literatuur blijkt te zijn, dat degenen met het nauwste contact met het slachtoffer het vaakste overgaan tot mishandelend optreden (McGuire en Fulmer 1996).
In de thuissituatie betreft het vooral kinderen of de partner van het slachtoffer. De dader woont meestal in bij het slachtoffer, en is in materiële, financiële of mentale zin afhankelijk van het slachtoffer. Relatief vaker hebben daders zelf psychische en/of emotionele problemen. Ook kan er sprake zijn van verslavingsproblematiek (Kurrle et al 1992). Daarnaast is de dader niet zelden overbelast door de zorg voor een in lichamelijke of geestelijke zin afhankelijke ouder of partner. Daders zijn vooral mannen, behalve als het om verwaarlozing gaat: daar betreft het iets vaker vrouwen (Sillman 2004).
Daders in het verpleeghuis zijn vooral verzorgenden en helpenden. Pillemer en Moore vonden in hun onderzoek onder verzorgend personeel in Amerikaanse verpleeghuizen, dat degenen die minder voldoening hadden in hun werk vaker mishandelend optraden. Hetzelfde gold voor verzorgenden die in hun werk of thuissituatie veel stress ervoeren of bewoners als kinderen zagen die gestraft moeten worden voor hun storende gedrag (Pillemer en Moore 1989). Betere educatie van het verzorgend personeel over het omgaan met kwetsbare ouderen en hun gedragsstoornissen, en maatregelen die burn-out onder het personeel voorkómen, verkleinen de kans op het optreden van deze problematiek (McGuire en Fulmer 1996).
Overigens kunnen ook bezoekers, dat wil zeggen familieleden of kennissen van verpleeghuisbewoners daders van ouderenmishandeling zijn (Clarke en Pierson 1999). Door verschillende onderzoekers wordt tenslotte genoemd dat men in het verpleeghuis ook slachtoffer kan worden van mishandeling door medebewoners

(Lachs en Pillemer 1995; Shinoda-Tagawa et al 2004). Nergens in de literatuur worden artsen als dader genoemd.

**Signalen van ouderenmishandeling**

Het vaststellen van ouderenmishandeling is lastig. Dit ligt aan het taboe dat zowel door de oudere zelf als door degenen die in de gelegenheid zijn de mishandeling te ontdekken -artsen en andere werkers in de gezondheidszorg- ervaren wordt in relatie tot ouderenmishandeling.
Voor thuiswonende ouderen geldt, dat zij zich maar zelden met een expliciete hulpvraag over hun situatie bij hulpverleners melden (Ramkema 1996). Gevoelens van schaamte, het zich (mede)schuldig voelen, angst voor wraakneming en toch ook loyaliteit aan de dader (tenslotte meestal een kind of de partner van het slachtoffer) spelen hierin een belangrijke rol. Vaak zijn de ouderen immers afhankelijk van hun mishandelaar voor verzorging en aandacht. Als die zorg verloren gaat, dreigt ook nog opname in het verzorgings- of verpleeghuis. Daarnaast kunnen ouderen een andere definitie hebben van mishandeling, of door hun mishandelaar geïsoleerd worden van de buitenwereld, zodat zij niets kunnen vertellen (Clarke en Pierson 1999).
De hierboven beschreven overwegingen zijn waarschijnlijk ook van toepassing op mishandelde verpleeghuisbewoners. Ongetwijfeld worden ook zij geconfronteerd met emoties zoals schaamte, schuldgevoel, angst en loyaliteitsgevoelens jegens hun (mishandelende) verzorgers in het verpleeghuis. Verlies van zorg, aandacht en genegenheid dreigen ook hier. De literatuur is hier vooralsnog weinig expliciet over.

Voor werkers in de gezondheidszorg geldt dat simpelweg dénken aan de mogelijkheid van ouderenmishandeling al scheelt bij het ontdekken ervan (Vernon en Bennett 1996). Artsen en andere in de gezondheidszorg werkzame beroepsgroepen zijn echter onvoldoende getraind in het signaleren, onderzoeken en aanpakken van ouderenmishandeling. Daarnaast voelen zij zich ongemakkelijk in situaties waarin zij met ouderenmishandeling geconfronteerd worden. Zij durven hun verdenking op mishandeling niet te bespreken uit angst om het vertrouwen van het slachtoffer en/of de dader te verliezen, of om iemand vals te beschuldigen. Toch blijkt dat zodra de eerste verdenking ontstaan is, het zo neutraal mogelijk stellen van gerichte vragen aan het slachtoffer het meest effectief is om meer informatie te krijgen (Sillman 2004).

Wanneer of waardoor begint nu de verdenking op ouderenmishandeling? De volgende verschijnselen kunnen volgens de literatuur op ouderenmishandeling wijzen. Zij gelden zowel voor thuiswonende, als in het verpleeghuis verblijvende ouderen.

Aanwijzingen bij anamnese (McGuire en Fulmer 1996, Ramkema 1996):
-uitstel bij het melden van, of hulp zoeken bij ziekte en verwondingen.

-niet overeenstemmende of vage verklaringen over de oorzaak van een verwonding of de redenen van de uitgestelde hulpvraag.
-ontkenning van ziekte of verwondingen.
-het verhaal over de oorzaak van een verwonding past niet bij de afwijking die gezien wordt.
-het slachtoffer kan niet goed apart genomen worden voor anamnese en lichamelijk onderzoek; de (vermoedelijke) dader doet het woord of antwoord in plaats van de oudere.
-een angstige reactie van het slachtoffer op bepaalde personen.

Aanwijzingen bij lichamelijk onderzoek (Carney et al 2003):
-een onverzorgd uiterlijk (lichaam en kleding).
-het naast elkaar bestaan van verse en oudere verwondingen; hematomen in verschillende stadia van genezing.
-een symmetrische verdeling van verwondingen, bijvoorbeeld aan beide armen.
-niet- of onderbehandelde gezondheidsproblemen.

Bij ouderen binnen en buiten het verpleeghuis kunnen ook plotselinge gedragsveranderingen gezien worden (Lynch 1997), bijvoorbeeld:
-berusting, apathie of terugtrekken uit contact.
-depressie, angst of opstandigheid.
-veranderingen in eet- en slaapgedrag (vooral anorexie en hypersomnolentie).
-in de buurt willen blijven van vertrouwde personen of de zusterpost.
-angst bij, of weigeren van lichamelijke verzorging, met name van de genitaalstreek (Burgess et al 2000).

Bovenstaande aanwijzingen zijn niet volledig. Er moet ook altijd rekening worden gehouden met andere oorzaken dan ouderenmishandeling voor de geobserveerde bevindingen. Verschijnselen en afwijkingen ten gevolge van het natuurlijke beloop van chronische en acute aandoeningen die bij ouderen vaak en naast elkaar voorkomen, laten zich niet makkelijk onderscheiden van gevolgen van ouderenmishandeling. Zo hebben ouderen een fragiele huid waardoor hematomen en ontvellingen sneller ontstaan. Daarnaast zijn er frequent balansproblemen, met als gevolg een grotere kans op vallen en verwondingen. Dementerende ouderen tonen verder ook om andere en minder ernstige redenen dan mishandeling afwijkend gedrag.
Het op de hoogte zijn van bovengenoemde alarmsignalen (“knowing the red flags”) en het daadwerkelijk herkennen daarvan, zijn van vitaal belang in het signaleringsproces (Clarke en Pierson 1999). Andere belangrijke elementen in dit proces zijn het serieus nemen van informatie van ouderen, hoe onsamenhangend en onwaarschijnlijk deze soms ook moge zijn (Burgess et al 2000) en het goed schriftelijk vastleggen van de signalen in verband met mogelijke juridische stappen. Een medisch of multidisciplinair dossier is ongeschikt voor het noteren van verdenkingen. Daar moet vastgelegd worden wat er objectief gezien wordt, bijvoorbeeld “symmetrische circulaire verwondingen (striemen) rond de polsen” en nooit interpretaties. Deze kunnen

beter, met inachtneming van de privacy, als persoonlijke aantekeningen elders genoteerd worden (cursus Systematisch signaleren van Ouderenmishandeling, Eindhoven, maart 2005).

**Aanpak**

Wat betreft de aanpak van ouderenmishandeling, zowel binnen als buiten het verpleeghuis, gelden volgens de literatuur enkele algemene richtlijnen (NIZW 1996):
-de privacy van slachtoffer en dader dient in elk overleg met anderen in acht te worden genomen.
-een multidisciplinaire benadering is van groot belang. Andere disciplines hebben wat betreft een specifieke casus misschien iets gezien of meegemaakt dat kan duiden op ouderenmishandeling, of ze zijn door de oudere in vertrouwen genomen. Zij hebben tevens hun eigen inbreng in de besluitvorming.
-het is noodzakelijk objectief en neutraal te blijven. Dit geldt zowel voor de individuele arts als het multidisciplinaire team. Bewaar de eenheid in het team (Vernon en Bennett 1996; Clarke en Pierson 1999; Carney et al 2003).
-als mishandeling daadwerkelijk is vastgesteld, moet worden nagegaan wat de oudere zelf wil, en of de oudere (terzake) wilsbekwaam is om zelf over zijn situatie te kunnen beslissen. Het gaat erom de veiligheid van het slachtoffer te waarborgen en tegelijkertijd zijn autonomie te respecteren (Lachs en Pillemer 1995; Lynch 1997).
-hulpverleners moeten zich realiseren dat in de meeste gevallen van ouderenmishandeling de ideale oplossing niet haalbaar is.

Bij thuiswonende ouderen kan het voor hulpverleners uitermate frustrerend zijn dat een slachtoffer van ouderenmishandeling er bij volle verstand voor kiest om in de situatie te blijven waar hij gevaar loopt. Bij direct levensgevaar moet uiteindelijk toch voor veiligheid gekozen worden, ook al gaat dit tegen de wens van het slachtoffer in. Dit betekent vaak verplaatsing van het slachtoffer naar een instelling of een ander veilig adres. Eenmaal in veiligheid kan de wilsbekwame oudere er echter alsnog voor kiezen terug te keren naar de oude situatie.
In ieder geval zijn het voorlichten van het slachtoffer over zijn rechten en mogelijkheden, vertrouwen, steun en troost bieden en het in contact blijven van groot belang. In een aantal artikelen wordt voor thuiswonende ouderen ook geadviseerd telefoonnummers voor noodsituaties achter te laten (Clarke en Pierson 1999).
Als in de thuissituatie interventie door zowel slachtoffer als dader geaccepteerd wordt, is het bieden van steun aan beiden aangewezen. De steun aan het slachtoffer staat hierboven genoemd. Steun aan de dader zou kunnen bestaan uit verminderen van de zorglast door het bieden van huishoudelijke hulp, (gespecialiseerde) thuiszorg, inschakelen van GGZ Ouderenzorg of het starten van dagbehandeling. Daarnaast zijn zeker ook educatie over de specifieke zorgbehoefte van hulpbehoevende en/of gedragsgestoorde ouderen en persoonlijke hulp voor de dader aangewezen.

In Nederland bestaat sinds enkele jaren het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling, ondersteund door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW, www.nizw.nl). Dit platform heeft een informatieve en coördinerende rol. Tevens bestaan er in de meeste regio's in Nederland zogenaamde Meldpunten Ouderenmishandeling, meestal ondergebracht bij de GGD of een thuiszorginstelling. Hulpverleners kunnen daar gevallen van ouderenmishandeling melden, en advies krijgen over interventie in die gevallen (Hoek Spaans 2004).

Voor in het verpleeghuis is het aannemelijk dat veel van de hierboven genoemde interventies ook zinvol zijn, alhoewel hierover in de literatuur weinig informatie te vinden is. Voor het slachtoffer kan hulp geboden worden door de psycholoog of maatschappelijk werkende. Voor de dader is, in het geval dat het een medewerker betreft en afhankelijk van de achterliggende oorzaak, verwijzing naar de bedrijfsarts of het bedrijfs-maatschappelijk werk een optie. In het belang van alle partijen is het soms nodig om een mishandelde bewoner naar een andere afdeling of instelling te verplaatsen, dan wel een mishandelend personeelslid onder verscherpt toezicht te plaatsen of te ontslaan. Het inschakelen van de inspectie of justitie is ook een mogelijkheid.
Scholing van het zorgteam, inclusief de arts, is een goede manier om mishandeling tijdig op te merken en/of te voorkomen. Tijdens deze scholing kunnen oorzaken, signalering en aanpakken van ouderenmishandeling aan bod komen, gecombineerd met een programma over het leren omgaan met stress in de werk- en thuissituatie. Teambuilding zorgt ervoor dat verzorgenden zich gewaardeerd en deskundig voelen en een open sfeer draagt ook bij aan het voorkomen van mishandeling (Pillemer en Hudson 1993).
Verder kan effectieve screening van sollicitanten ervoor zorgen dat personen die eerder over de schreef zijn gegaan buiten de deur blijven.

Een screenings- en interventieprotocol kan hulpverleners in en buiten het verpleeghuis steun en duidelijkheid bieden. In Amerika zijn er meerdere screeningsinstrumenten ontwikkeld, waarvan er ook enkele gevalideerd zijn (Reis en Nahmiash 1998; Fulmer et al 2004). Tot nu toe is geen van deze instrumenten in het Nederland vertaald en gevalideerd. Via het Landelijk Steunpunt Bestrijding Ouderenmishandeling (LSBO) zijn er wel interventieprotocollen beschikbaar. Deze moeten echter aan de specifieke omstandigheden van het verpleeghuis worden aangepast.

**Wettelijk kader**

Nederland kent geen specifieke wetgeving ten aanzien van ouderenmishandeling. Anders is dat in Amerika. Elke Amerikaanse staat heeft eigen wetten over ouderenmishandeling. De meeste staten kennen een zogeheten "mandatory reporting law". Deze wet verplicht eenieder die bewijzen of vermoedens heeft over ouderenmishandeling, hiervan aangifte te doen bij de autoriteiten, meestal Adult Protective Services. (Clarke en Pierson 1999).

In reactie op meldingen van ouderenmishandeling in Amerikaanse “nursing homes” is sinds 1976 bij wet geregeld dat elke verpleeghuisbewoner in Amerika toegang moet kunnen hebben tot een zogenaamde verpleeghuisombudsman. Kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen is wettelijk vastgelegd in 1987 (Lachs en Pillemer 1995).
In Nederland is er, zoals eerder gezegd, geen aparte wetgeving over ouderenmishandeling. In het Wetboek van Strafrecht wordt mishandeling (artikel 300) beschreven als:
-het opzettelijk toebrengen van pijn of lichamelijk letsel door handelen of nalaten van handelen.
-het opzettelijk benadelen van de gezondheid.
Ouderenmishandeling omvat zoals we gezien hebben echter meer dan het hierboven beschrevene. Daarom kunnen ook andere artikelen uit het Wetboek van Strafrecht van toepassing zijn, zoals artikel 242-250 (verkrachting), artikel 255 (verlating van hulpbehoevenden), artikel 261-271 (belediging) en artikel 310-325 (diefstal, afpersing, verduistering) (Kooiker 1996).
Sinds kort is het in het kader van een wijziging van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, bij seksueel misbruik of voorvallen die lijden tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de cliënt, verplicht om aangifte te doen bij de Inspectie voor de Volksgezondheid.
Een probleem is echter dat voor iedereen die beroepsmatig bij de individuele gezondheidszorg betrokken is, zoals artsen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden, het beroepsgeheim geldt. Die zwijgplicht mag ten opzichte van derden alleen verbroken worden met de instemming van de cliënt, als de wet dit verplicht of als er sprake is van overmacht, bijvoorbeeld als de veiligheid van de cliënt ernstig in gevaar is. Het zal duidelijk zijn dat medewerkers die onder het beroepsgeheim vallen, hiermee dus zorgvuldig moeten omgaan, ook in het geval van ouderenmishandeling.

**Literatuur**

Burgess A, Dowdell E, Brown K. The elderly rape victim: stereotypes, perpetrators and implications for practice. Journal of Emergency Nursing. 2000; 26: 516-8.
Burgess A, Dowdell E, Prentky R. Sexual abuse of nursing home residents. Journal of Psychosocial Nursing. 2000; 38: 10-8.
Carney M, Kahan F, Paris B. Elder abuse: is every bruise a sign of abuse? The Mount Sinai Journal of Medicine. 2003; 70: 69-74.
Clarke M, Pierson W. Management of elder abuse in the emergency department. Emergency Medicine Clinics of North America. 1999; 17: 631-44.
Comijs HC. Ouderenmishandeling door bekenden. Huisarts en Wetenschap. 2000; 43: 351-4.
Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. Journal of the American Geriatric Society. 1998; 46: 885-8.

Fulmer T, Guadagno L, Bitondo C, Conolly M. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. Journal of the American Geriatric Society. 2004; 52: 297-304.
Hoek Spaans L. Tabee met het taboe rond ouderenmishandeling. Denkbeeld. 2004; 16: 3: 2-5.
Kleinschmidt K. Elder abuse: a review. Annals of Emergency Medicine. 1997; 30; 463-72.
Kooiker L. Juridische aspecten bij ouderenmishandeling. In: Signalement: oud en mishandeld. NIZW 1996. Ontleend aan: Informatiemap Ouderenmishandeling Regiogroep Zuidelijk Zuid Limburg.
Kurrle SE, Sadler PM, Cameron ID. Patterns of elder abuse. Medical Journal of Australia. 1992; 157: 673-6.
Lachs M, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. The New England Journal of Medicine. 1995; 332: 437-43.
Lachs M, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. The Gerontologist. 1997; 37: 469-74.
Lynch S. Elder abuse, what to look for, how to intervene. American Journal of Nursing. 1997; 97: 27-33.
McGuire P, Fulmer T. Elder abuse. In: Geriatric Medicine, an Evidence-Based Approach. Red: Cassel CK, Leipzig R, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE. Springer Verlag, 3e editie, 1996.
NIZW. Gulden regels. In: Signalement: oud en mishandeld. NIZW 1996. Ontleend aan: Informatiemap Ouderenmishandeling Regiogroep Zuidelijk Zuid Limburg.
Pillemer K. Maltreatment of patients in nursing homes: overview and research agenda. Journal of Health and Social Behaviour. 1988; 29: 227-38.
Pillemer K, Bachman-Prehn R. Helping and hurting, predictors of maltreatment of patients in nursing homes. Research on Aging. 1991; 13: 74-95.
Pillemer K, Finkelhor DW. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. The Gerontologist. 1988; 28: 51-7.
Pillemer K, Hudson B. A model abuse prevention program for nursing assistants. The Gerontologist. 1993; 33: 128-31.
Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. The Gerontologist. 1989; 29: 314-20.
Pot AM, Van Dyck R, Jonker C, Deeg DJH. Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1996; 29: 156-62.
Pot AM. Van ontspoorde zorg tot ouderenmishandeling. Denkbeeld. 2000; 12; 26-9.
Ramkema H. Signaal op rood: ouderenmishandeling bij de mensen thuis. In: Signalement: oud en mishandeld. NIZW 1996. Ontleend aan: Informatiemap Ouderenmishandeling Regiogroep Zuidelijk Zuid Limburg.
Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. The Gerontologist. 1998; 38: 471-80.

Shinoda-Tagawa T, Leonard R, Pontikas J, McDonough JE, Allen D, Dreyer PI. Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. JAMA. 2004; 291: 591-8.
Sillman J. Elder abuse. 2004. www.uptodate.com.
Vernon M, Bennett G. Elder abuse. British Journal of Hospital Medicine. 1996; 56: 234-7.
Voelker R. Elder Abuse and neglect, a new research topic. JAMA. 2002; 288: 2254-6.

# II

# OUDERENMISHANDELING IN HET VERPLEEGHUIS

## Een inventariserend onderzoek naar ervaringen, kennis en behoeften van verpleeghuisartsen

### INLEIDING

Ouderenmishandeling is een onderwerp dat in de media geregeld stof doet opwaaien. Ook ouderen in verpleeghuizen en andere zorginstellingen krijgen, zo valt te lezen en te beluisteren, regelmatig een klap of beledigend woord toegevoegd (De Volkskrant 22 september 2002 en 24 oktober 2005, De Telegraaf 22 oktober 2005).
Ouderenmishandeling is veelvormig en omvat onder andere het toebrengen van lichamelijk letsel, seksueel misbruik, uitschelden, beledigen, verwaarlozen, uitbuiten en bedreigen van personen vanaf 65 jaar (Pillemer 1988, Lachs en Pillemer 1995, Lynch 1997, Comijs 2000).
Ouderenmishandeling is de laatste decennia ook onderwerp geweest van wetenschappelijk onderzoek. Voor thuiswonende ouderen in Nederland is enkele jaren geleden onderzocht hoe vaak zij met mishandeling te maken krijgen. Comijs toonde aan dat 5,6% van de niet-dementerende thuiswonende ouderen hiervan slachtoffer was (Comijs et al 1998). Voor thuiswonende dementerende ouderen gelden de volgende prevalenties: 10,7% lichamelijke, en 30,2% psychische/verbale agressie (Pot et al 1996).
Voor ouderen in Nederlandse verpleeghuizen bestaat hierover geen enkele duidelijkheid. Vanuit Amerika en Canada zijn beperkt gegevens voorhanden over “institutional abuse”. Studies waarin artsen systematisch naar hun ervaringen met ouderenmishandeling wordt gevraagd, ontbreken. Rapportage door verpleegkundigen en verzorgenden toont aan dat 36% van hen in het voorgaande jaar lichamelijke, en 81% psychische/verbale mishandeling had geobserveerd in het verpleeghuis (Pillemer en Moore, 1989). Deze gegevens zijn echter niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie. Immers, Nederlandse verpleeghuizen zijn op veel gebieden anders dan de Amerikaanse en Canadese “nursing homes” (Schols et al 2004). Er zijn echter aanwijzingen dat ouderenmishandeling ook in Nederlandse verpleeghuizen voorkomt.
Om meer inzicht te krijgen in ouderenmishandeling in het Nederlandse verpleeghuis zoals die waargenomen wordt door verpleeghuisartsen, verrichtten we een inventariserend onderzoek onder de leden van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Naast informatie over frequentie, aard,

slachtoffers en daders van ouderenmishandeling werd onderzocht in hoeverre verpleeghuisartsen bekend waren met signalen van, en interventie in deze problematiek. Ook gingen we na of er binnen de beroepsgroep behoefte is aan protocollering en/of scholing op dit gebied.

## METHODE

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werd met behulp van een schriftelijke enquête een inventariserend retrospectief onderzoek gedaan onder Nederlandse verpleeghuisartsen.
In de enquête werd ter introductie een overzicht opgenomen van definities van ouderenmishandeling, ontleend aan de literatuur. De vragen van de enquête betroffen de volgende onderwerpen: respondentkenmerken, ervaring van de verpleeghuisarts met ouderenmishandeling in het verpleeghuis (prevalentie, vorm, locatie, dader en oorzaak van de mishandeling en van wie hierover informatie werd verkregen), kennis van signalen en aanpak van ouderenmishandeling, aanwezigheid van een protocol met betrekking tot dit onderwerp en behoeften van verpleeghuisartsen op het gebied van protocollering en scholing. Bovendien waren nog vragen toegevoegd over prevalentie van ouderenmishandeling op de dagbehandeling en op substitutieafdelingen in het verzorgingshuis. De informatie die uit deze laatste twee vragen werd verkregen, zal hier niet verder worden uitgewerkt, maar in de toekomst worden gebruikt voor verder onderzoek.
Een conceptversie van de enquête werd op begrijpelijkheid getoetst door een eerste testpanel: de verpleeghuisartsen in de opleidingsinstelling (Vivre, locatie De Zeven Bronnen, Maastricht) en de verpleeghuisartsen in opleiding uit de opleidingsgroep (Vervolgopleiding Verpleeghuisgeneeskunde Nijmegen, groep 2004B). Inhoud en relevantie van de vragen werden beoordeeld door een tweede testpanel. Dit testpanel bestond uit drie experts op het gebied van chronische zorg, ouderenmishandeling en gezondheidsethiek. Naar aanleiding van opmerkingen van de beide testpanels werd de enquête enkele malen aangepast. De definitieve versie is terug te vinden als bijlage bij deze scriptie.

Eind mei 2005 werd de enquête verzonden aan alle leden van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). Vrijwel alle Nederlandse verpleeghuisartsen en zij die daarvoor in opleiding zijn, zijn lid van deze vereniging. In totaal werden 1335 personen aangeschreven. Het adressenbestand werd verkregen van de NVVA. De persoonsgegevens van de geadresseerden werden gecodeerd verwerkt. Daarmee was de anonimiteit gewaarborgd, maar bleef het mogelijk om de spreiding van de respondenten over Nederland na te gaan aan de hand van hun woon- of werkplaats. De anonimiteit van de potentiële respondenten werd in een begeleidende brief nog eens benadrukt.

De gegevens van de geretourneerde enquêtes werden verwerkt en geanalyseerd

met het programma SPSS voor Windows, versie 9.0. Daar het een inventariserend onderzoek betrof, werden vooral frequentieberekeningen uitgevoerd. De representativiteit van de groep respondenten werd wat betreft verdeling naar geslacht en functie binnen het verpleeghuis onderzocht met behulp van de chi-kwadraattoets.

## RESULTATEN

In de periode van 1 juni tot en met 31 oktober 2005 beantwoordde 36,3% (n=484) NVVA-leden de enquête. De groep respondenten was naar man-vrouw verhouding, verhouding geregistreerde verpleeghuisartsen-verpleeghuisartsen in opleiding en verdeling naar woon- of werkplaats over Nederland, vergelijkbaar met de totale groep NVVA-leden. Gegevens over de respondenten wat betreft geslacht, functie, leeftijd, ervaringsjaren in de verpleeghuisgeneeskunde, ervaringsjaren in het huidige verpleeghuis en aantallen bewoners waarvoor de respondent zelf verantwoordelijk is, zijn weergegeven in tabel 1. Vergelijking van de leeftijdsspreiding met de totale groep NVVA-leden was niet mogelijk omdat de NVVA geen leeftijdsgegevens registreert.
Daarnaast was ook het nauwkeurig nagaan van de spreiding over Nederland niet mogelijk omdat de NVVA van een deel van de aangeschrevenen alleen de woonplaats, en van een ander deel alleen de werkplaats registreert.

### Gevallen van ouderenmishandeling waargenomen door verpleeghuisartsen

Van de 484 respondenten was 42,8% (n=203) in de voorgaande twee jaar in aanraking gekomen met ouderenmishandeling binnen hun instelling.
Deze en de volgende vijf alinea's hebben betrekking op de meldingen van deze groep van 203 respondenten. Omdat in de enquête meerdere antwoorden per categorie (bijvoorbeeld vormen, daders of redenen van ouderenmishandeling) tegelijk konden worden aangekruist, komt de cumulatieve waarde van de opgegeven percentages boven de 100% uit.

Van de 203 respondenten die in de voorgaande twee jaar in aanraking waren gekomen met ouderenmishandeling binnen hun instelling, gaf 40,1% aan dat het ging om 1 geval van ouderenmishandeling, 30,5% om 2 gevallen, 11,7% om 3 gevallen, 6,1% om 4 gevallen en 5,6% om 5 gevallen. Bij 6,0% ging het om meer dan 5 gevallen.

Wat de vormen van ouderenmishandeling betreft, was in 55,4% van de meldingen door respondenten sprake van lichamelijke mishandeling, in 43,1% van psychische/verbale mishandeling, in 14,7% van uitbuiting en in 15,7% van verwaarlozing (zie tabel 2). De gebruikte definities van de verschillende vormen van ouderenmishandeling zijn terug te vinden in de enquête, die als bijlage aan deze scriptie is toegevoegd.

Ten aanzien van het type verpleegafdeling waar de mishandeling voorkwam, kan

opgemerkt worden dat dit in 64,2% van de meldingen door respondenten een afdeling psychogeriatrie betrof, in 31,4% een afdeling somatiek en in 5,9% een revalidatieafdeling. In 8,3% van de meldingen ging het om een andere afdeling, bijvoorbeeld een observatie-, gecombineerde of schakelafdeling (zie tabel 2).

Een lid van het verzorgend personeel was in 62,7 % van de meldingen door respondenten de overtreder ("dader"), familie of ander bezoek in 30,9% en een medebewoner in 19,1%. Veel respondenten gaven met betrekking tot deze laatste categorie overtreders aan dat het vaak gedragsgestoorde medebewoners betrof. Overig personeel (bijvoorbeeld huishoudelijk of technisch personeel) werd door 5,9% van de respondenten als overtreder genoemd. In 6,3% was de overtreder onbekend of behoorde hij niet tot één van bovenstaande groepen (zie tabel 2). Overigens werd nooit aangegeven dat een arts de dader was.

Tabel 2 vermeldt ook de achterliggende oorzaak van de mishandeling. Persoonlijke problematiek van de overtreder werd door 52,2% van de respondenten als oorzaak genoemd, overbelasting/ontspoorde zorg van personeel of verwanten in 38,4% en onkunde of onwetendheid van de overtreder in 31,0%. In 21,2% ging het om andere oorzaken, zoals uitlokkend gedrag of gedragsproblematiek bij het slachtoffer (n = 11), egoïsme van de overtreder (n = 7), een andere visie op zorg (n = 5), een verstoorde relatie met familieleden (n = 3) of was de oorzaak onbekend (n = 9).

Informatie over de voorgevallen ouderenmishandeling bereikte de respondenten in 55,0% via het verzorgend personeel, in 21,3% via directie of afdelingsmanager, in 14,9% via de bewoner en in 10,9% via de "wandelgangen" van de instelling. In 22,3% van de meldingen door respondenten observeerde de respondent de mishandeling zelf. Soms werden de respondenten op een andere manier geïnformeerd, bijvoorbeeld via de geestelijk verzorger, de vertrouwenspersoon of de maatschappelijk werkende (zie tabel 2).

**Kennis, aanpak en behoeften van verpleeghuisartsen**

*Kennis*

Om de kennis van verpleeghuisartsen op dit gebied te onderzoeken, werden in de enquête verschillende signalen van ouderenmishandeling genoemd. De respondenten konden aankruisen welke signalen voor hen herkenbaar zou zijn; men hoefde de signalen overigens niet daadwerkelijk te hebben opgemerkt bij een meegemaakt geval van ouderenmishandeling. Ook de respondenten die niet in aanraking kwamen met ouderenmishandeling binnen hun instelling hebben deze vragen beantwoord.

Angst van een bewoner voor bepaalde personen noemde 73,6% van de respondenten als mogelijk signaal van ouderenmishandeling, 65,8% noemde vage verklaringen van personeel of verwanten over de oorzaak van een verwonding en 45,3% noemde angst bij, of weigeren van lichamelijke verzorging door een bewoner. Het tegelijk op het lichaam van een bewoner zichtbaar zijn

van oude en verse hematomen herkende 45,1% van de respondenten, het uitstellen van melden van ziekte of een verwonding van een bewoner werd door 34,6% herkend en de aanwezigheid van symmetrische verwondingen (bijvoorbeeld aan beide polsen) door 28,3%. Een plotselinge verandering van het eet- of slaappatroon van een bewoner noemde 17,0% als mogelijk signaal van mishandeling.

*Aanpak*

De vraag “Wat doet u als u ouderenmishandeling vermoedt of hebt vastgesteld” werd door 93,4% (n=452) van de respondenten beantwoord. Het was een open vraag, waar de respondenten zelf konden omschrijven wat zij bij vermoeden of vaststelling van een geval van ouderenmishandeling zouden doen. De gegeven antwoorden zijn onder te verdelen in verschillende categorieën.
Contact opnemen met de eerst verantwoordelijke verzorgende, zorgcoördinator, afdelingsmanager en/of directie/managementteam, dan wel bespreking in het multidisciplinaire team werd door het grootste deel van de respondenten genoemd: 70,6% gaf aan dit te gaan doen. De meeste respondenten zouden eerst binnen de afdeling overleggen, en pas in tweede instantie met de directie. Veel respondenten vonden bij een voorkomend geval van ouderenmishandeling een goede samenwerking met anderen, bijvoorbeeld het multidisciplinaire team, de afdelingsmanager en/of de directie, zeer essentieel.
Acties ondernemen richting de dader noemde 37,2%. Hieronder valt spreken met de dader, informeren of onderwijzen over bijvoorbeeld bejegening of probleemgedrag, zorgen dat contact met het slachtoffer niet meer mogelijk is, onder verscherpt toezicht stellen, op non-actief stellen of ontslaan.
Daarnaast zou 29,9% aanvullende informatie verzamelen over het gebeurde bij de betrokken partijen.
Overleggen met collega verpleeghuisartsen of het hoofd medische dienst werd door 15,5% van de respondenten als actie aangegeven.
Acties ondernemen richting het slachtoffer, zoals praten met, troosten, verplaatsen naar een andere omgeving, eventueel letsel behandelen en informeren over de mogelijkheid een klacht in te dienen noemde 14,4%.
Het informeren van de familie van het slachtoffer noemde 13,7%. Tenslotte zou 7,5% juridische acties ondernemen, zoals aangifte doen of de inspectie inlichten.

De aanpak van ouderenmishandeling in het verpleeghuis was maar zelden in een protocol of richtlijn vastgelegd. Slechts 4,1% van de respondenten kon hierover beschikken.

*Behoeften*

Om na te gaan of verpleeghuisartsen behoefte hebben aan protocollering of scholing op het gebied van ouderenmishandeling, werd hierover in de enquête ook een vraag opgenomen.
Van alle respondenten had 52,7% behoefte aan een dergelijk protocol, 42,1% wees op de behoefte aan scholing van het (verzorgend) personeel en 31,8% had zelf behoefte aan scholing.

## DISCUSSIE

Het wereldkundig maken van onderzoek naar een onderwerp dat zo gevoelig ligt als ouderenmishandeling plaatst de onderzoekers voor een dilemma. Onbedoeld kan een toch al vaak door negatieve publiciteit geplaagde sector in een nog kwader daglicht worden gesteld. Het doel van dit onderzoek is echter transparantie: het verkrijgen van duidelijkheid over ouderenmishandeling in het verpleeghuis. Zodoende kan een ingang worden gecreëerd voor educatie van de beroepsgroepen en de zorgteams in verpleeghuizen, en uiteindelijk preventie van ouderenmishandeling.

De gevoeligheid van het onderwerp heeft ook haar uitwerking op de uitkomsten van dit onderzoek en de interpretatie daarvan. Gevoelige informatie wordt door onderzoeksdeelnemers nu eenmaal niet snel prijs gegeven, hoeveel anonimiteit hen door de onderzoekers ook geboden wordt (Lensveld-Mulders en De Leeuw 2002). Allereerst kan dit principe van invloed zijn geweest op het responspercentage. Daarnaast kan het ook de antwoorden van de respondenten beïnvloed hebben.

Dan is er nog het begrip ouderenmishandeling. Hoewel geprobeerd is dit scherp te definiëren, kunnen respondenten bij het beantwoorden hun eigen maatstaf hebben gebruikt.

Uit dit inventariserend onderzoek blijkt dat verpleeghuisartsen frequent te maken krijgen met ouderenmishandeling in het verpleeghuis. We moeten constateren dat het in de meerderheid van de meldingen door respondenten gaat om lichamelijke en psychische/verbale mishandeling, en dat het vooral voorkomt op de psychogeriatrische afdeling. De overtreders zijn het vaakst te vinden onder het personeel, vooral het verzorgend personeel, maar ook onder familie of andere bezoekers en zelfs onder medebewoners.

De redenen voor ouderenmishandeling zijn divers. Door iets meer dan de helft van de respondenten wordt als oorzaak persoonlijke problematiek van de overtreder genoemd. Daarnaast worden vooral overbelasting (van bijvoorbeeld verzorgend personeel of familie) en onkunde/onwetendheid genoemd.

Omdat er internationaal weinig onderzoek gedaan is op het gebied van ouderenmishandeling in verpleeghuizen, en er geen onderzoek bekend is naar de situatie in Nederlandse verpleeghuizen, zijn de in dit onderzoek gevonden gegevens niet goed vergelijkbaar met andere data. De enige studie van omvang met een grofweg vergelijkbare opzet is die van Pillemer en Moore uit 1989. Zij ondervroegen 577 verzorgenden en verpleegkundigen, werkzaam in Amerikaanse verpleeghuizen, in een telefonisch interview systematisch naar hun ervaringen met ouderenmishandeling. De resultaten van dit onderzoek wezen

ook op het frequente voorkomen van ouderenmishandeling in instellingen.

Ook medebewoners kunnen overtreders zijn. Significant vaker betreft het medebewoners op een afdeling psychogeriatrie. Onderzoekers van de Harvard School of Public Health bevestigden het beeld van onderling geweld tussen patiënten. Slachtoffers in dat onderzoek, waarin overigens niet gekeken werd naar de kenmerken van daders, hadden significant vaker een slechte cognitie, grof taalgebruik, zwerfgedrag of onaangepast gedrag, waardoor zij agressieve medebewoners niet goed konden ontlopen of zelfs agressie opriepen (Shinoda-Tagawa et al 2004). Bij een aantal meldingen van ouderenmishandeling in ons onderzoek was er ook sprake van uitlokkend gedrag of gedragsproblemen van het slachtoffer.

Uit ons onderzoek blijkt dat de kennis van verpleeghuisartsen met betrekking tot een aantal frequent in de literatuur beschreven signalen van ouderenmishandeling wisselend is. De signalen die in de literatuur als het meest specifiek genoemd worden voor het opsporen van ouderenmishandeling, zoals het uitstellen van melding van ziekte of verwonding, het tegelijkertijd aanwezig zijn van verse en oude hematomen en de aanwezigheid van symmetrische verwondingen worden door minder dan de helft van de verpleeghuisartsen herkend. Literatuur over dit onderwerp bevestigt ook dat het goed herkennen van ouderenmishandeling een probleem is (Vernon en Bennett 1996). Het gebrek aan kennis van signalen van ouderenmishandeling kan mogelijk een reden zijn voor onderrapportage door artsen.

De door de respondenten voorgestelde aanpak van ouderenmishandeling is in het algemeen vrij consistent en komt grotendeels overeen met het in de literatuur beschrevene (Vernon en Bennett 1996, McGuire en Fulmer 1996, Clarke en Pierson 1999).

Tenslotte geven de meeste respondenten aan dat er behoefte bestaat aan meer kennis over, en structurering in de aanpak van ouderenmishandeling. Dit kan door ontwikkeling van protocollen of richtlijnen, welke nog nauwelijks in de verpleeghuizen te vinden zijn. Ook is er vraag naar scholing, van zowel de verzorging als de verpleeghuisarts. Dat scholing zinvol is, bleek reeds uit Amerikaans onderzoek onder verzorgend personeel (Pillemer en Hudson 1993). De recente wijziging van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, welke het melden van seksueel misbruik en calamiteiten met betrekking tot bewoners van zorginstellingen verplicht stelt (schriftelijke mededeling Inspectie voor de Gezondheidszorg November 2005), maakt protocollering en scholing op dit gebied, ook in Nederland, nog urgenter.

**Conclusie**
Door de respondenten in ons inventariserend onderzoek wordt ouderenmishandeling in het verpleeghuis frequent waargenomen. Hoewel deze groep respondenten representatief waren voor de Nederlandse

verpleeghuisartsenpopulatie, kunnen de uitkomsten van dit onderzoek door meerdere factoren beïnvloed zijn, zoals hierboven beschreven. Duidelijk blijkt dat er nog onvoldoende kennis over ouderenmishandeling bestaat. In de Nederlands- en Engelstalige vakliteratuur zijn vooralsnog nauwelijks publicaties te vinden waarmee wij ons onderzoek kunnen vergelijken.

Toekomstig diepteonderzoek kan hopelijk leiden tot het verkrijgen van een nauwkeuriger beeld van ouderenmishandeling in Nederlandse verpleeghuizen. Daarnaast zal toekomstig onderzoek basismateriaal moeten opleveren voor de ontwikkeling en implementatie van adequate protocollen of richtlijnen op dit gebied, evenals voor de scholing van verpleeghuismedewerkers.
Het is echter evident, dat ouderenmishandeling ook in Nederlandse verpleeghuizen een reëel probleem is. Het veronachtzamen daarvan zou een grote misstap zijn.

## LITERATUUR


Clarke ME, Pierson W. Management of elder abuse in the emergency department. Emergency Medicine Clinics of North America. 1999; 17: 631-44.

Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Jonker C. Elder mistreatment in the community: prevalence and consequences. Journal of the American Geriatric Society. 1998; 46: 885-8.

Comijs HC. Ouderenmishandeling door bekenden. Huisarts en Wetenschap. 2000; 43: 351-4.

Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. New England Journal of Medicine. 1995; 332: 437-43.

Lensveld-Mulders G, De Leeuw E. Beschermd door een dobbelsteen. Facta. 2002; 10: 28-30.

Lynch S. Elder abuse, what to look for, how to intervene. American Journal of Nursing. 1997; 97: 27-33.

McGuire P, Fulmer T. Elder abuse. In: Geriatric Medicine, an Evidence-Based Approach. Red: Cassel CK, Leipzig R, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE. Springer Verlag, 3e editie, 1996.

Pillemer K. Maltreatment of patients in nursing homes: overview and research agenda. Journal of Health and Social Behaviour. 1988; 29: 227-38.

Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes, findings from a survey of staff. The Gerontologist. 1989; 29: 314-20.

Pillemer K, Hudson B. A model abuse prevention program for nursing assistants. The Gerontologist. 1993; 33: 128-31.

Pot AM, Van Dyck R, Jonker C, Deeg DJH. Verbal and physical aggresion against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1996; 31:156-62.

Schols JMGA, Crebolder HF, Van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. Journal of the American Medical Directors Association. 2004; 5: 207-12.

Shinoda-Tagawa T, Leonard R, Pontikas J, McDonough JE, Allen D, Dreyer PI. Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. JAMA. 2004; 291: 591-8.
Vernon MJ, Bennett GCJ. Elder abuse. British Journal of Hospital Medicine. 1996; 56: 234-7.

**TABEL 1.** Kenmerken van respondenten in vergelijking met de totale groep NVVA*-leden, en het aantal respondenten dat in aanraking is geweest met ouderenmishandeling in de voorgaande 2 jaar

| **Kenmerk** | | **NVVA*-leden**<br>N=1335 | **Respondenten**<br>N=484 |
|---|---|---|---|
| **Geslacht** | | | |
| Man | percentage (aantal) | 39,6 (532) | 36,2 (175) |
| Vrouw | percentage (aantal) | 60,4 (810) | 62,6 (303) |
| Niet ingevuld | percentage (aantal) | | 1,2 (6) |
| **Functie** | | | |
| Geregistreerd verpleeghuisarts | percentage (aantal) | 86,4** | 84,5 (406) |
| VAIO | percentage (aantal) | 13,6** | 11,4 (55) |
| Arts, niet zijnde verpleeghuisarts | percentage (aantal) | | 1,0 (5) |
| Anders | percentage (aantal) | | 2,3 (11) |
| Niet ingevuld | percentage (aantal) | | 0,8 (4) |
| **Leeftijd** | gemiddeld in jaren (SD/spreiding) | **** | 42,8 (9,0/26-77) |
| **Ervaring binnen verpleeghuisgeneeskunde** | gemiddeld in jaren (SD/spreiding) | **** | 11,7 (7,6/1-34) |
| **Ervaring in huidige verpleeghuis** | gemiddeld in jaren (SD/spreiding) | **** | 6,9 (6,3/1-31) |
| **Direct medisch verantwoordelijk voor aantal bewoners** | gemiddeld aantal bewoners (SD/spreiding) | **** | 56 (23,8/0-188) |
| **In aanraking geweest met ouderenmishandeling < 2 jaar** | percentage (aantal) | | 42,8 (203) |

* NVVA: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (thans Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters)
** percentages op basis van registratiegegevens van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)
*** de NVVA registreert geen gegevens betreffende leeftijd, ervaringsjaren en verantwoordelijkheden van haar leden, waardoor vergelijking van de groep respondenten met de totale groep aangeschreven NVVA-leden op deze gebieden niet mogelijk is

**TABEL 2.** Ouderenmishandeling in het verpleeghuis, zoals gemeld door verpleeghuisartsen die daarmee in aanraking kwamen (n=203).
Omdat in de enquête meerdere antwoorden per categorie konden worden aangekruist, komt de cumulatieve waarde van de opgegeven percentages boven de 100% uit.

| **Ouderenmishandeling; gemelde vormen, afdelingen, daders, oorzaken en bronnen van informatie** | **Percentage* (aantal) verpleeghuisartsen dat daarvan melding maakte** |
|---|---|
| **Vormen** | |
| Lichamelijke mishandeling | 55,4 (113) |
| Psychische/verbale mishandeling | 43,1 (88) |
| Uitbuiting | 14,7 (30) |
| Verwaarlozing | 15,7 (32) |
| **Type afdeling** | |
| Psychogeriatrie | 64,2 (131) |
| Somatiek | 31,4 (64) |
| Revalidatie | 5,9 (12) |
| Andere afdeling | 8,3 (17) |
| **Daders** | |
| Verzorgend personeel | 62,7 (128) |
| Familie/bezoek | 30,9 (63) |
| Medebewoner | 19,1 (39) |
| Overig personeel | 5,9 (12) |
| Onbekende/andere dader | 6,3 (13) |
| **Oorzaak** | |
| Persoonlijke problematiek | 52,2 (106) |
| Overbelasting/ontspoorde zorg | 38,4 (78) |
| Onkunde/onwetendheid | 31,0 (63) |
| Andere oorzaak | 21,2 (43) |
| **Bron van informatie** | |
| Verzorgend personeel | 55,0 (111) |
| Eigen observatie | 22,3 (45) |
| Directie/afdelingsmanager | 21,3 (43) |
| Bewoner | 14,9 (30) |
| Andere bronnen | 14,9 (30) |
| Wandelgangen | 10,9 (22) |

*dit betreft het percentage van het totale aantal respondenten dat meldde in aanraking te zijn gekomen met ouderenmishandeling (n=203)

# BIJLAGE

# Ouderenmishandeling in het verpleeghuis

## Vragenlijst voor de arts

**Definities van ouderenmishandeling:**
-Lichamelijke mishandeling: bewuste handelingen of gedragingen met als gevolg lichamelijke pijn of verwonding, bijvoorbeeld slaan, knijpen, schoppen, hardhandig beetpakken, maar ook excessief gebruik van beperkende middelen en maatregelen. Seksueel misbruik.
-Psychische/verbale mishandeling: bewuste handelingen of gedragingen met als gevolg geestelijke pijn, bijvoorbeeld (chronisch) uitschelden, beledigen, dreigen en onterecht isoleren.
-Uitbuiting: misbruik van financiële of materiele middelen, zoals diefstal, verandering van testament en bemoeienis met geldzaken.
-Verwaarlozing: het bewust onthouden van lichamelijke of psychische zorg of voeding, het niet tegemoet komen aan de zorgvraag van een verpleeghuisbewoner.
NB bedoeld wordt zowel mishandeling als gevolg van "ontspoorde zorg" of onmacht als mishandeling zonder een dergelijke aanleiding.

| | |
|---|---|
| *1. Wat is uw leeftijd?* | ……….jaar. |
| *2. Wat is uw geslacht? (omcirkel)* | M / V. |
| *3. Wat is uw functie?* | [ ] Geregistreerd verpleeghuisarts.<br>[ ] VAIO.<br>[ ] Arts, niet zijnde verpleeghuisarts.<br>[ ] Anders, omschrijf……………………………………… |
| *4. Hoeveel jaar bent u werkzaam als arts in het verpleeghuis?* | ……….jaar. |
| *5. Hoeveel jaar bent u werkzaam binnen de huidige instelling?* | ……….jaar. |
| *6. Voor hoeveel bewoners bent u direct medisch verantwoordelijk?* | ……….bewoners. |
| *7. Hoeveel bewoners zijn er in totaal binnen de instelling waar u werkzaam bent?* | ……….bewoners. |
| *8. Hoe vaak schat u in dat ouderenmishandeling voorkomt in verpleeghuizen in Nederland? (volgens bovenstaande definities; schatting van het aantal gevallen in een <u>gemiddelde</u> instelling, dus <u>niet</u> in uw eigen instelling)* | **[ ] Nooit.**<br>[ ] Zelden (minder dan 1 maal per jaar).<br>[ ] Soms (1 tot 3 maal per jaar).<br>[ ] Geregeld (3 tot 10 maal per jaar).<br>[ ] Vaak (meer dan 10 maal per jaar).<br>[ ] Voortdurend. |

| | |
|---|---|
| *9. Hebt u **in de afgelopen 2 jaar** te maken gehad met ouderenmishandeling binnen uw eigen instelling?*<br><br>*a. Hoe vaak had u **in de afgelopen 2 jaar** te maken met ouderenmishandeling binnen uw eigen instelling?*<br><br>*De onderstaande vragen gaan over het **laatste** geval van ouderenmishandeling waarmee u te maken had.*<br><br>*b. Van welke vorm van mishandeling was sprake? (zie bovenaan de vragenlijst voor de definities van ouderenmishandeling; meerdere antwoorden mogelijk)*<br><br>*c. Op wat voor soort afdeling speelde de mishandeling?*<br><br>*d. Wie was de "overtreder" in dit geval van mishandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)*<br><br>*e. Wat was volgens u de achterliggende oorzaak van dit geval van mishandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)*<br><br>*f. Hoe raakte u geïnformeerd over de mishandeling?* ***(meerdere antwoorden mogelijk)*** | [ ] Nee → Ga door naar vraag 10.<br>[ ] Ja → Beantwoord onderstaande vragen a t/m f.<br><br>……….maal.<br><br>[ ] Lichamelijke mishandeling.<br>[ ] Psychische/verbale mishandeling.<br>[ ] Uitbuiting.<br>[ ] Verwaarlozing.<br>[ ] Anders, omschrijf………………………………………<br><br>[ ] Somatisch.<br>[ ] PG.<br>[ ] Revalidatie.<br>[ ] Anders, omschrijf………………………………………<br><br>[ ] Verzorgend personeel.<br>[ ] Overig personeel.<br>[ ] Familie of bezoek.<br>[ ] Medebewoner.<br>[ ] Onbekend.<br>[ ] Anders, omschrijf………………………………………<br><br>[ ] Overbelasting of "ontspoorde" zorg.<br>[ ] Onkunde of onwetendheid.<br>[ ] Persoonlijke problematiek van de "overtreder".<br>[ ] Anders, omschrijf……………………………………...<br><br>[ ] Mededeling directie of afdelingsmanager.<br>[ ] Mededeling verzorgend personeel.<br>[ ] Mededeling bewoner.<br>[ ] Via de "wandelgangen" in uw instelling.<br>[ ] Eigen observatie.<br>[ ] Anders, omschrijf……………………………………… |
| ***10. Welke signalen van ouderenmishandeling (her-) kent u?*** | [ ] Uitstel bij het melden van ziekte of verwonding.<br>[ ] Vage verklaringen voor verwondingen.<br>[ ] Tegelijkertijd verse en oude hematomen zichtbaar.<br>[ ] Symmetrische verwondingen zichtbaar.<br>[ ] Plotse verandering in eet- of slaapgedrag.<br>[ ] Angst voor bepaalde personen.<br>[ ] Angst bij, of weigeren van lichamelijke verzorging. |
| ***11. Wat doet u als u ouderenmishandeling vermoedt of hebt vastgesteld?*** | Omschrijf……………………………………………...…<br>…………………..…………………………………………<br>………………………………………………………………<br>………………………………………………………………<br>……………………………………………………………… |

| | |
|---|---|
| ***12. Beschikt uw instelling over een protocol of richtlijn met betrekking tot ouderenmishandeling?*** <br><br> *13. Is dit protocol of deze richtlijn u behulpzaam?* | [ ] Nee.<br>[ ] Onbekend.<br>[ ] Ja → Ga door naar vraag 13.<br><br>[ ] Nee.<br>[ ] Ja. |
| ***14. Hebt u behoefte aan een protocol, richtlijn of scholing betreffende ouderenmishandeling?*** <br>*(meerdere antwoorden mogelijk)* | [ ] Nee.<br>[ ] Ja, protocol of richtlijn.<br>[ ] Ja, scholing (verzorgend) personeel<br>[ ] Ja, scholing van mijzelf. |

| | |
|---|---|
| *15. Signaleert u wel eens ouderenmishandeling op de dagbehandeling van uw instelling?* <br>*(meerdere antwoorden mogelijk; geef aantal gevallen in de afgelopen 2 jaar)* <br><br> *16. Signaleert u wel eens ouderenmishandeling binnen substitutieprojecten van uw instelling?* <br>*(meerdere antwoorden mogelijk; geef aantal gevallen in de afgelopen 2 jaar)* | [ ] Geen dagbehandeling aanwezig.<br>[ ] Ik ben niet werkzaam op de dagbehandeling.<br>[ ] Nee, ik signaleer geen mishandeling.<br>[ ] Ja, op de dagbehandeling PG, aantal………………<br>[ ] Ja, op de dagbehandeling somatiek, aantal……….<br><br>[ ] Geen substitutieprojecten aanwezig.<br>[ ] Ik ben niet werkzaam binnen substitutieproject.<br>[ ] Nee, ik signaleer geen mishandeling.<br>[ ] Ja, aantal………………………................................ |

Nog opmerkingen? Noteer deze aan de achterzijde van de vragenlijst.

**Dank u voor het invullen!**